



ARTICULO ORIGINAL

Situación actual del suicidio y tentativa de suicidio en el Paraguay

Current situation of the suicide and attempt of suicide in Paraguay

Adorno SC, Pagliaro NR

Cátedras de Medicina Legal y Deontología - Bioestadística y Demografía. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción

RESUMEN

El comportamiento suicida se ha incrementado en los últimos años en el Paraguay. El espectro del comportamiento suicida abarca al suicidio, al intento de suicidio, a las amenazas suicidas y a la ideación suicida. El suicidio provoca casi la mitad de las muertes violentas en el mundo. Existen factores sociodemográficos, biológicos, familiares, psicopatológicos que intervienen como factores de riesgo. Se investigó retrospectivamente un universo enfocado en sujetos que cometieron suicidio e intento de suicidio en Paraguay desde 1998 hasta 2010. Se encontraron tasas de suicidio de 4/100.000 habitantes e intentos de suicidio en 1/100.000 habitantes en el periodo 1998 – 2004 y tasas de suicidio de 5/100.000 habitantes e intentos de suicidio en 2/100.000 habitantes en el periodo 2005 – 2010. Para el 2015 se ha proyectado una tasa de suicidio de 4/100.000 habitantes y de intentos de suicidio de 2/100.000 habitantes. Se encontró que los varones se suicidan 2 y 3 veces más que las mujeres e intentan suicidarse en iguales proporciones entre los periodos 1998 – 2002 y 2003 – 2010, respectivamente. Las tasas de suicidio e intento de suicidio más elevadas, se dieron en zonas como Concepción, Amambay y Alto Paraguay. El medio más utilizado para el suicidio fue el ahorcamiento para ambos sexos y para la tentativa de suicidio el arma blanca en varones y el envenenamiento en las mujeres. Los suicidios e intentos de suicidio se cometieron más frecuentemente entre los 18 y 29 años.

Palabras clave: Suicidio; intento de suicidio; amenaza de suicidio; ideación suicida; comportamiento suicida.

Autor correspondiente: Dr. Salustiano Carlos Adorno. Facultad de Ciencias Médicas. UNA. Hospital de Clínicas. San Lorenzo.- Paraguay. Telf. (0976)919.191, E-mail: dr.carlosadorno@gmail.com

Fecha de recepción el 05 de setiembre de 2012 ; aceptado el 09 de abril de 2013

ABSTRACT

Suicidal behavior has increased in Paraguay the last years. Suicidal behavior spectrum includes: suicide, suicide attempt, suicide threat and suicidal thoughts. Suicide provokes close to half of world's violent death. There are sociodemographic, biological, familial and psychopathological factors that plays a role as risk factors. It has investigated retrospectively a population who committed suicide or suicide attempt in Paraguay from 1998 to 2010. It has been found rates of suicide about 4/100.000 people and suicide attempt about 1/100.000 people during 1998 – 2004 and suicide rate of 5/100.000 people and suicide attempt rate of 2/100.000 people during 2005 – 2010. It has been projected by 2015 rate of suicide about 4/100.000 people and for suicide attempt about 2/100.000 people. It has found that males committed suicide 2 and 3 times more than females and attempt to suicide in equal proportion between 1998 – 2002 and 2003 – 2010, respectively. Higher suicide and suicide attempt rates was found in Concepción, Amambay and Alto Paraguay. Most used suicide way was hanging in both sex and for suicide attempt way in males was the knife and in females was poisoning. Suicide and suicide attempt was committed more often between 18 to 29 years old.

Keywords: Suicide; suicide attempt; suicide threat; suicidal thought; suicidal behavior.

INTRODUCCION

El comportamiento suicida es una conducta que se ha incrementando en los últimos años en nuestro país, el Paraguay, por lo que su estudio es de gran importancia para tomar decisiones y asumirlo como un problema de salud pública. El espectro del comportamiento suicida abarca (1): el suicidio, el intento de suicidio, las amenazas suicidas y la ideación suicida. A los efectos de este estudio se referirá exclusivamente a las dos primeras citadas. El suicidio provoca casi la mitad de las muertes violentas en el mundo (OMS). Representa una tasa mundial de mortalidad anual cercana a 14,5 por 100.000 habitantes, equivalente a una defunción cada 40 segundos. Las personas que han atentado contra sí mismas prefieren no mencionar el hecho y hacen un verdadero esfuerzo por ocultarlo, desconociéndose por esto la real magnitud de este problema que afecta la salud mental de la población (2).

La palabra suicidio proviene del latín “sui” que significa de sí mismo y de “ecedere” que significa matar, que se aplica a la persona que se quita la vida (3). La conducta suicida no es un diagnóstico psiquiátrico, sino más bien un síntoma psiquiátrico. La conducta suicida tiene la misma definición en niños, adolescentes y adultos, la preocupación o acción que persigue de manera intencionada causarse lesiones o la muerte a uno mismo (4,5). Se citan como factores de riesgo de suicidio a:

- Factores socio-demográficos como la edad (la tasa de suicidio se incrementa con la edad, con un pico máximo a los 50-60 años en mujeres y 60-70 años en varones); sexo (el 80% de suicidios consumados son varones, siendo más frecuentes en la mujeres las tentativas de suicidio); la orientación sexual; el estado civil (más frecuente en personas solteras, separadas, divorciadas o viudas); situación laboral (factor importante en los casos de elevado tiempo de desempleo, trastornos mentales asociados y dificultades en las relaciones interpersonales. Según el estudio de la Cruz (6) la profesión médica se ha relacionado con una alta tasa de suicidio, en particular psiquiatras, otorrinos, cirujanos, anestesiólogos); clase social y nivel cultural (el suicidio es más propio de las clases sociales altas); la religión (más frecuente en protestantes que católicos y judíos); factores climáticos y épocas del año (influencia del viento y mayor frecuencia estacional de suicidios en primavera y al inicio del verano); estrés y acontecimientos vitales; medios de comunicación.

- Factores biológicos como los niveles de 17-hidroxycorticoides (elevados valores en días previos al suicidio); niveles de serotonina (relación entre depresión, niveles disminuidos de serotonina y suicidio (7); noradrenalina; dopamina; otras sustancias (disminución de neuropéptido Y, incremento de CRF); actividad plaquetaria (disminuida en la depresión y en la tentativa de suicidio (8).
- Factores familiares como los hereditarios (riesgo 8 veces mayor de suicidio en pacientes suicidas con familiares de primer grado que se habían suicidado); no hereditarios.
- Factores psicopatológicos como los trastornos afectivos (se observa un riesgo de suicidio en un paciente depresivo a lo largo de su vida es de 15 %, frecuencia 25 veces mayor que en la población general (9,10); mayor probabilidad suicida en pacientes depresivos con sintomatología delirante; los depresivos dan numerosos avisos de su ideación suicida antes de llevarlos a cabo; los pacientes bipolares presentan menor tentativas suicidas y mayor tasa de suicidios, siendo el trastorno mental con mayor riesgo de suicidio); la esquizofrenia (riesgo de suicidio de 10 a 15 %); duelo por viudez.

Los métodos utilizados para los suicidios consumados son habitualmente los más violentos y de mayor letalidad, variando notablemente en función de los países, las culturas, las épocas y algunas características demográficas. En Estados Unidos un porcentaje notable de suicidios consumados son por armas de fuego, en España este es bastante bajo. Los varones suelen utilizar medios más violentos y letales, como el ahorcamiento, la precipitación o las armas de fuego, planeando más cuidadosamente el acto, evitando ser descubiertos. Las mujeres utilizan con mayor frecuencia métodos más pasivos, con mayor probabilidad supervivencia, con tendencia a realizar intentos de forma que permiten que aumente la posibilidad del descubrimiento y el rescate (11,12).

La autopsia psicológica permite investigar una muerte violenta como el suicidio de forma compleja, dependiendo de numerosos factores e inclusive de datos aportados por profesionales de distintas disciplinas, aunque hay casos en los que no se puede determinar con claridad las causas del mismo (13).

El objetivo general de este trabajo es conocer la tasa de conducta suicida en el Paraguay en los últimos trece años (1998 al 2010) y los objetivos específicos son discriminar la tasa de la conducta suicida (2002-2010) según sexo, edad y medios que utilizan.

MATERIALES Y METODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo con un universo enfocado en sujetos que cometieron suicidio e intento de suicidio en el Paraguay. La población accesible fue la registrada en las estadísticas de la Policía Nacional. Se incluyeron los casos de suicidios e intentos de suicidio debidamente registrados por la Policía Nacional entre los años 1998 y 2010. Fueron excluidos aquellos casos no registrados o cuyas fichas de registro no fueron correctamente completadas. Las variables utilizadas fueron: tasa de frecuencia de suicidio, zona geográfica (divididas en seis zonas geográficas en la que está dividida el Paraguay), sexo, medios utilizados para el suicidio y edad. Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron las planillas de registros de datos de casos de suicidios e intentos de suicidio, proveídos por la Policía Nacional a la Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos (DGEEC)-(14,15).

Retrospectivamente se determinó la frecuencia y características de los fallecimientos por suicidio y los intentos de suicidios ocurridos durante los años 1998 al 2010 registrados en las estadísticas de la Policía Nacional. Se consideró que el porcentaje de casos de la conducta suicida no es un indicador correcto para realizar el análisis, ya que se podría suponer que el porcentaje aumenta debido al crecimiento demográfico. Para evitar este inconveniente se calcularon las tasas de casos presentados por cada 100.000 habitantes. Se tuvo en cuenta el principio ético de la confidencialidad y respeto por las personas, ya que en ningún momento se utilizaron identificaciones de los involucrados en el estudio.

RESULTADOS

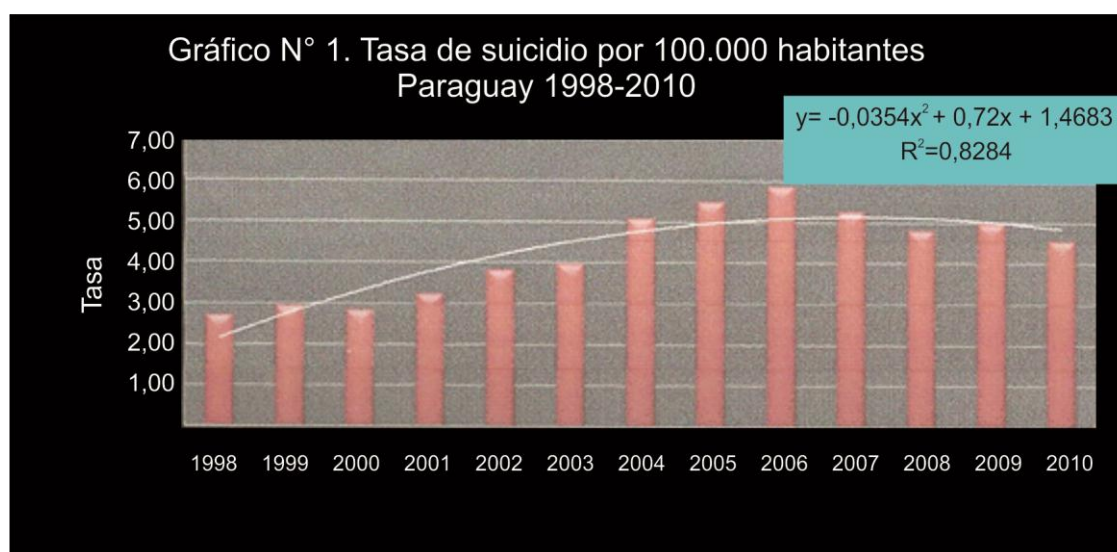
Para la tasa de suicidio en los últimos trece años (1998-2010) se calculó la tasa de referencia de la población del país en el 2008, según la DGEEC. Se dividió en dos grupos de comparación, desde 1998 al 2004, encontrándose cuatro suicidios por cada 100.000 habitantes y desde el 2005 al 2010, un aumento de cinco suicidios por cada 100.000 habitantes, como se refleja en la siguiente tabla.

**Tabla 1. Tasa de suicidio por 100.000 habitantes.
Policía Nacional. Paraguay 1998 – 2010**

Año	Frecuencia (casos)	Tasa	Tasa Promedio
1998	172	2,71	
1999	187	2,95	
2000	180	2,84	
2001	206	3,25	3,53
2002	243	3,83	
2003	252	3,97	
2004	322	5,08	
2005	348	5,49	
2006	372	5,87	
2007	334	5,27	5,17
2008	306	4,83	
2009	316	4,98	
2010	290	4,57	

Se calculó la tasa proyectada para el año 2015 según la ecuación de línea de tendencia polinómica, que es la que presenta mayor valor para el coeficiente de regresión. La misma es: $Y = -0,0354x^2 + 0,72x + 1,4683$ arrojando como resultado a 4 suicidios/100.000 habitantes.

Grafico 1. Tasa de suicidio por 100.000 habitantes. Paraguay 1998 – 2010.



Al diferenciar por sexo, la tasa es de 5/100.000 habitantes en varones entre 1998-2004 y 2/100.000 habitantes en mujeres en el mismo periodo. Entre 2005-2010 la tasa en varones aumentó a 7/100.000 y en mujeres a 3/100.000 habitantes.

**Tabla 2. Tasa de suicidio según sexo por 100.000 habitantes.
Policía Nacional. Paraguay 1998 – 2010**

Año	Masculino		Femenino	
	Frecuencia (casos)	Tasa	Frecuencia (casos)	Tasa
1998	112	3,49	60	1,91
1999	123	3,84	64	2,04
2000	134	4,18	46	1,47
2001	135	4,21	71	2,26
2002	176	5,49	67	2,14
2003	200	6,24	52	1,66
2004	232	7,24	90	2,87
2005	249	7,77	99	3,16
2006	282	8,80	90	2,87
2007	250	7,80	84	2,68
2008	230	7,18	76	2,42
2009	246	7,68	70	2,23
2010	212	6,61	78	2,49

El resultado de la razón entre varones/mujeres es de 2:1 entre 1998-2004 y de 3:1 entre 2005-2010.

El suicidio en las distintas zonas geográficas del país fue como sigue:

Tabla 3. Suicidio por zona geográfica. Policía Nacional. Paraguay 2002 – 2010.

Zona	Departamentos	Frecuencia (casos)	Tasa
I	Metropolitana, Central, Cordillera	1155	4,60
II	Concepción, Amambay, Alto Paraguay	231	7,86
III	San Pedro, Caaguazú, Caazapá, Guairá	501	4,71
IV	Itapúa, Alto Paraná, Canendiyú	593	4,56
V	Misiones, Paraguarí, Ñeembucú	229	5,80
VI	Boquerón, Presidente Hayes	74	5,21

Para el análisis de zona demográfica por sexo se contó con datos diferenciados a partir del 2006.

Tabla 4. Suicidio por zona geográfica según sexo. Policía Nacional. Paraguay 2006 – 2010

Zona	Departamentos	Frecuencia (casos)		Tasa	
		M	F	M	F
I	Metropolitana, Central, Cordillera	518	146	7,58	2,05
II	Concepción, Amambay, Alto Paraguay	108	41	13,03	5,10
III	San Pedro, Caaguazú, Caazapá, Guairá	222	76	7,17	2,71
IV	Itapúa, Alto Paraná, Canendiyú	247	94	6,61	2,69
V	Misiones, Paraguarí, Ñeembucú	89	31	7,87	2,92
VI	Boquerón, Presidente Hayes	36	10	8,94	2,59

Referencias: M: Masculino; F: Femenino.

Se observó que a lo largo de los años la ocurrencia del suicidio en las diferentes zonas geográficas del país tuvo una evolución muy variada.

Tabla 5. Tasa de suicidio por año según zona geográfica. Policía Nacional. Paraguay 2002 – 2010

Zona	Años								
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
I	4,19	3,83	4,87	4,69	5,45	5,55	4,34	4,66	3,80
II	3,98	6,12	5,82	9,19	7,96	7,96	6,43	13,17	10,10
III	3,39	2,88	5,67	5,25	6,61	5,25	4,07	3,98	5,34
IV	3,46	3,94	4,36	5,67	6,02	4,15	5,12	4,29	4,01
V	4,70	6,39	7,53	6,16	4,11	4,33	8,21	5,47	5,25
VI	1,27	3,80	2,53	10,14	6,97	7,60	3,80	6,34	4,44

Referencias: Zona I: Metropolitana, Central, Cordillera; Zona II: Concepción, Amambay, Alto Paraguay; Zona III: San Pedro, Caaguazu, Caazapa, Guaira; Zona IV: Itapúa, Alto Paraná, Canendiyu; Zona V: Misiones, Paraguari, Ñeembucu; Zona VI: Boquerón, Presidente Hayes.

Los medios de eliminación mas utilizados fueron el ahorcamiento y las armas de fuego, constituyendo el 70 % del total.

Tabla 6. Suicidio por medio utilizado según sexo. Policía Nacional. Paraguay 2002 – 2010

Medio utilizado	Frecuencia absoluta			Frecuencia relativa (en porcentaje)	Frecuencia relativa acumulada (en porcentaje)
	M	F	T		
Ahorcamiento	792	223	1015	36,47	36,47
Arma de fuego	747	193	940	33,78	70,25
Arma blanca	303	91	394	14,16	84,41
Electrocución	90	91	181	6,50	90,91
Envenenamiento	74	63	137	4,92	95,83
Inmersión	36	20	56	2,01	97,84
Lanzamiento de edificio u otro	24	19	43	1,55	99,39
Incendio	11	6	17	0,61	100

Referencias: M: Masculino, F: Femenino; T: Totales.

La cohorte que más frecuentemente se suicidó fue la comprendida entre los 18 y 29 años de edad. El 70% de los que se suicidaron lo hicieron antes de los 40 años.

Tabla 7. Suicidio por cohorte de edad según sexo. Policía Nacional. Paraguay 2002 – 2010

Edad	Frecuencia absoluta			Frecuencia relativa (en porcentaje)	Frecuencia relativa acumulada (en porcentaje)
	M	F	T		
(0 – 13)	41	26	67	4,14	4,14
(13 – 18)	216	99	315	19,47	23,61
(18 – 30)	398	127	325	32,45	56,06
(30 – 40)	197	41	238	14,71	70,77
(40 – 50)	138	42	180	11,12	81,89
(50 – 60)	101	39	140	8,65	90,54
(60 y +)	101	18	119	7,35	97,90
No precisa	28	6	34	2,10	100

Referencias: M: Masculino; F: Femenino; T: Totales.

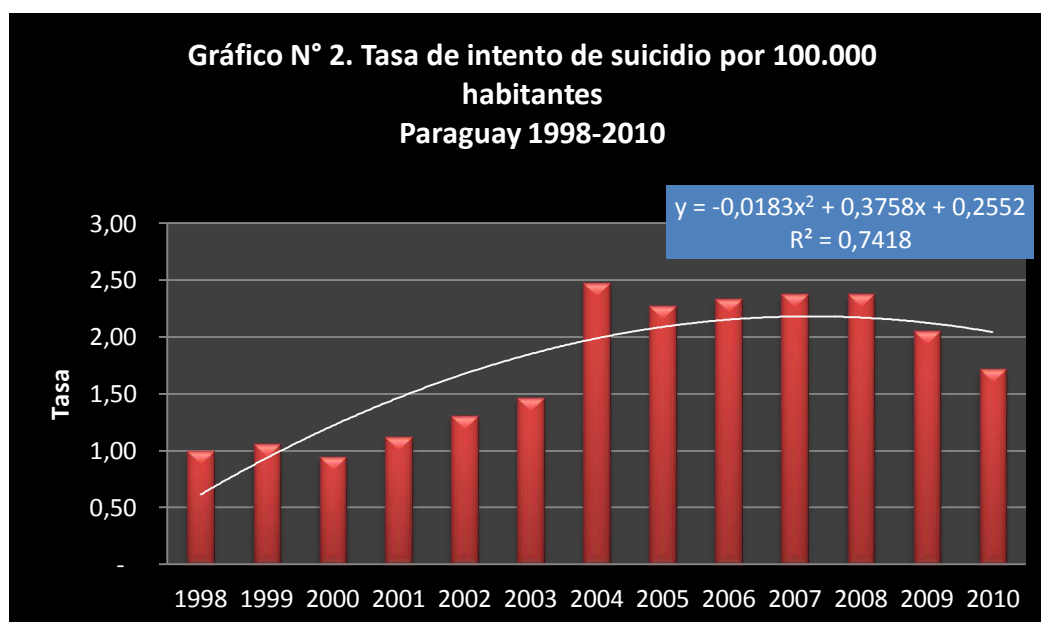
Entre la tentativa de suicidio el estudio reveló que entre 1998-2004 hubo un sólo intento de suicidio por 100.000 habitantes y entre 2005-2010 estos fueron de dos por 100.000 habitantes.

Tabla 8. Intento de suicidio por 100.000 habitantes. Policía Nacional. Paraguay 1998 – 2010

Año	Frecuencia	Tasa
1998	63	0,99
1999	67	1,06
2000	60	0,95
2001	71	1,12
2002	83	1,31
2003	93	1,47
2004	157	2,48
2005	144	2,27
2006	148	2,33
2007	151	2,38
2008	151	2,38
2009	130	2,05
2010	109	1,72

Para estimar la tasa de intento de suicidio para el 2015 se utilizó la siguiente ecuación de la línea de tendencia polinómica: $Y = -0,0183x^2 + 0,3758x + 0,2552$, resultando 2/100.000 habitantes

Gráfico 2. Tasa de intento de suicidio por 100.000 habitantes. Paraguay 1998 – 2010.



La tasa promedio de intentos de suicidios en varones y mujeres entre 1998-2004 fue de 1/100.000 y de 2/100.000 entre 2005-2010.

Tabla 9. Intento de suicidio según sexo, por 100.000 habitantes. Paraguay 1998 – 2010

Año	Masculino		Femenino	
	Frecuencia (casos)	Tasa	Frecuencia (casos)	Tasa
1998	23	0,72	40	1,28
1999	33	1,03	34	1,08
2000	28	0,87	32	1,02
2001	35	1,09	36	1,15
2002	36	1,12	47	1,50
2003	57	1,78	36	1,15
2004	75	2,34	82	2,61
2005	77	2,40	67	2,14
2006	85	2,65	63	2,01
2007	73	2,28	78	2,49
2008	72	2,25	79	2,52
2009	77	2,40	53	1,69
2010	58	1,81	51	1,63

Tabla 10. Intento de suicidio por zona geográfica. Paraguay 2006 – 2010

Zona	Departamentos	Frecuencia (casos)	Tasa
I	Metropolitana, Central, Cordillera	335	1,33
II	Concepción, Amambay, Alto Paraguay	83	2,82
III	San Pedro, Caaguazú, Caazapá, Guairá	71	0,67
IV	Itapúa, Alto Paraná, Canendiyú	110	0,85
V	Misiones, Paraguari, Ñeembucú	62	1,57
VI	Boquerón, Presidente Hayes	28	1,97

Tabla 11. Intento de suicidio por zona geográfica según sexo. Paraguay 2006 – 2010

Zona	Departamentos	Frecuencia (casos)		Tasa	
		M	F	M	F
I	Metropolitana, Central, Cordillera	518	146	7,58	2,05
II	Concepción, Amambay, Alto Paraguay.	108	41	13,03	5,10
III	San Pedro, Caaguazú, Caazapá, Guairá	222	76	7,17	2,71
IV	Itapúa, Alto Paraná, Canendiyú	247	94	6,61	2,69
V	Misiones, Paraguari, Ñeembucú	89	31	7,87	2,92
VI	Boquerón, Presidente Hayes	36	10	8,94	2,59

Referencias: M: Masculino; F: Femenino.

Tabla 12. Intento de suicidio por año según zona geográfica, en tasas. Paraguay 2006 – 2010

Zona	2006	2007	2008	2009	2010
I	3,37	2,69	2,33	1,90	1,72
II	3,06	5,51	7,04	5,21	4,59
III	1,02	0,93	1,27	1,27	1,52
IV	1,59	1,73	1,45	1,38	1,45
V	1,60	3,42	4,56	3,42	1,14
VI	1,27	4,44	4,44	6,34	1,27

Referencias: Zona I: Metropolitana, Central, Cordillera; Zona II: Concepción, Amambay, Alto Paraguay; Zona III: San Pedro, Caaguazú, Caazapá, Guairá; Zona IV: Itapúa, Alto Paraná, Canendiyú; Zona V: Misiones, Paraguari, Ñeembucú; Zona VI: Boquerón, Presidente Hayes.

Por medios utilizados para la tentativa de suicidio se observó un 34 % de envenenamientos y 22 % de arma blanca como los más frecuentemente utilizados.

Tabla 13. Tentativa de suicidio por medio utilizado según sexo. Paraguay 2006 – 2010

Medios utilizados	Frecuencia absoluta			Frecuencia relativa (en porcentaje)	Frecuencia relativa acumulada (en porcentaje)
	M	F	T		
Envenenamiento	82	150	232	33,67	33,67
Arma blanca.	101	50	151	21,92	55,59
Arma de fuego	76	45	121	17,56	73,15
Ahorcamiento	59	31	90	13,06	86,21
Lanzamiento de edificio u otro	34	41	75	10,89	97,10
Inmersión	10	6	16	2,32	99,42
Electrocución	0	1	1	0,15	99,56
Incendio	3	0	3	0,44	100

Referencias: M: Masculino; F: Femenino; T: Totales.

La cohorte de edad que más frecuentemente intentó suicidarse fue la comprendida entre los 18 y 29 años.

Tabla 14. Intento de suicidio por cohorte de edad según sexo. Paraguay 2006 – 2010

Edad	Frecuencia absoluta			Frecuencia relativa (en porcentaje)	Frecuencia relativa acumulada (en porcentaje)
	M	F	T		
(0 – 13)	5	4	9	1,31	1,31
(13 – 18)	35	71	106	15,38	16,69
(18 – 30)	155	149	304	44,12	60,81
(30 – 40)	60	41	101	14,66	75,47
(40 – 50)	35	26	61	8,85	84,33
(50 – 60)	26	11	37	5,37	89,70
(60 y +)	31	10	41	5,95	95,65
No precisa	18	12	30	4,35	100

Referencias: M: Masculino; F: Femenino; T: Totales.

DISCUSION

La tasa total de suicidio encontrada resultó menor que en la mayoría de los países de Latinoamérica y la razón varón:mujer es igual, con mayor porcentaje de suicidios en varones. Esto puede ser porque los varones utilizan métodos más efectivos, por lo que en muchos casos para las mujeres el suicidio no se consuma y se enmarca en un intento de suicidio aunque cabe mencionar que las cifras que reporta la OMS para el Paraguay no coincide exactamente con éste trabajo, aunque sigue la misma tendencia (16).

Habría que hacer un estudio comparativo para evaluar las diferencias entre la tasa de suicidios en las distintas zonas geográficas del país a fin de establecer si dichas diferencias son realmente significativas, mencionando que en las zonas II y V, donde las tasas son más elevadas, son zonas con la menor cobertura asistencial para salud mental.

En cuanto a los medios más utilizados para cometer suicidio, la preferencia por los métodos más letales (ahorcamiento y arma de fuego) es igual a los mencionados en la literatura en relación a la mayoría de los países (11).

A diferencia de lo que se da a nivel mundial en donde la tasa de suicidio crece con la edad, los que cometen suicidio en el Paraguay son personas mucho más jóvenes (6). Esto podría deberse a la falta de contención por parte de la familia, que en los últimos tiempos ha cambiado su dinámica porque, los padres no están realmente presentes.

En nuestro país se da una proporción similar entre varones y mujeres en cuanto a tentativas de suicidio, a diferencia de lo mencionado en la literatura al respecto, donde la tasa es mayor para las mujeres (17). Esta situación es inusual y podría deberse al hecho de que podrían haber más casos que no son declarados, por lo que no quedan registrados.

El objetivo de esta investigación fue mostrar la evolución del comportamiento suicida en Paraguay, un problema de salud pública muchas veces descuidado, el cual ha ido aumentando, por lo que se deberían hacer intervenciones y tomar medidas correctivas necesarias, teniendo en cuenta los factores de riesgos mencionados en esta investigación. Se deberían formar equipos multidisciplinarios que trabajen conjuntamente sobre todo en la prevención.

La recomendación surgida de este trabajo es la de diseñar políticas públicas de mayor cobertura de salud mental en las regiones sanitarias y de ser posible que las municipalidades y los servicios de urgencias médicas asignen trabajadores de la salud para una mayor cobertura, ya que la del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social resulta insuficiente. Se debe insistir a las instituciones como hospitales, servicios sociales y médicos en general a que informen sobre los casos de comportamiento suicida a fin de contar con un registro real e ir disminuyendo los sub-registros. Además se debe contar con tipos de registros más complejos, con más datos, a fin de realizar más investigaciones, sobre todo en cuanto a los factores causales de este comportamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Prevención del Suicidio. Un instrumento para médicos generalistas. Ginebra, 2000.
2. Organización Panamericana de la Salud. Suicidio: la violencia autoinfligida. Revista Futuros. 2005; 3 (9): 201- 229. Disponible en: http://www.revistafuturos.info/futuros_9/suicidio_2.html.
3. Adorno SC. Suicidio en Paraguay. Tesis. 2006. Presentado para escalafón docente en la FCM-UNA.
4. Durkheim E. El suicidio. 6ª ed. Madrid: Ediciones Akal; 2008.
5. Wiener JM, Dulcan MK. Tratado de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia. 3ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2006.
6. Coromidas A, De La Cruz C, Sarro B. El suicidio en la Profesión Médica. Barcelona: Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 1988
7. Lapin JP, Oxenkrug GF. Intensification of the central serotonergic processes as a possible determinantal of the thymoleptic effects. Lancet 1969.
8. Kaplan H, Sadock B. Sinopsis de psiquiatría. 8º ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1999.
9. Murphy G. The prediction of suicide: Why is it so difficult. American Journal of Psychotherapy 1984; Vol 38 (3): 341-349.
10. Paykel ES, Priest RG. Recognition and management of depression in general practice: Consensus statement. Br Med J 1992.
11. Sadock y Sadock. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th ed. 2009.
12. Vallejo J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. 6ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2006.
13. Borges S, Vidal I, Pérez J. Aspectos medicolegales de la conducta suicida. Rev Hospital Psiquiátrico de La Habana. 2006; 3 (1). Disponible en <http://www.revistahph.sld.cu/hph0106/hph011006.htm>.
14. Departamento de Estadísticas de la Policía Nacional. Registro de Suicidios y Tentativas de Suicidio.
15. Anuario 1998 al 2010 de la Dirección Nacional de Estadísticas, Encuestas y Censos.
16. Organización Mundial de la Salud (OMS). Country reports and charts available. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html
17. Díez J, Fraile S. Urgencias Psiquiátricas en el niño y el adolescente. 1ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2006.
18. Guiber W. Epidemiología de la conducta suicida. Rev Cubana Med Gen Integr. 2002; 18 (2): 1 – 6. Disponible en http://bvs.sid.cu/revistas/mgi/vol18_2_02/mgi07202.htm.